

Demande d'admission en établissement de jeunes enfants

Renseignements concernant le père ou le tuteur légal de l'enfant

Nom Prénoms

Adresse :

Code Postal - Ville Tél. domicile

Tél. portable Adresse mail

Date de naissance Lieu Département

Nationalité Nombre d'enfants à charge fiscalement au foyer

Situation de famille : Célibata Pacsé(e) Marié(e) En concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

Du point de vue des allocations familiales, votre enfant est-il rattaché au père ou tuteur légal ?

Oui Non Si oui ➤ CAF⁽¹⁾ MSA Autres

Département du prestataire : Numéro d'allocataire :

Etes-vous bénéficiaire :

Du revenu de solidarité active (RSA) Oui Non

De l'allocation d'éducation pour l'enfant Handicapé (AEEH) Oui Non

De l'allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) Oui Non

De l'allocation de solidarité spécifique (ASS) Oui Non

De l'indemnité de stage professionnel Oui Non

Qualité d'appartenance

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense ➤	<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/> Officier	<input type="checkbox"/> Carrière
	ou	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Sous officier	<input type="checkbox"/> Sous contrat
<input type="checkbox"/> Militaire du rang			<input type="checkbox"/> Elèves des écoles militaires	
			<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Réserve -période de service
	<input type="checkbox"/> Retraité		<input type="checkbox"/> Catégorie A	<input type="checkbox"/> Contractuel droit privé/public
			<input type="checkbox"/> Catégorie B	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'Etat
			<input type="checkbox"/> Catégorie C	<input type="checkbox"/> Ouvrier professionnel
			<input type="checkbox"/> Autre :	
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) n'ayant pas repris de vie de couple			<input type="checkbox"/> Orphelin
<input type="checkbox"/> Autre ressortissant ➤	<input type="checkbox"/> Stagiaire de nationalité étrangère			
	<input type="checkbox"/> Ex conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS n'ayant pas repris vie de couple			
	<input type="checkbox"/> Personnel des établissements public sous tutelle du ministère de la Défense :			
<input type="checkbox"/> Non ressortissant défense ➤	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat, territorial ou hospitalier			<input type="checkbox"/> C D D
	<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> C D I

Situation professionnelle

Temps complet Temps partiel :%

Employeur Profession Grade
(si défense)

Adresse professionnelle / Unité

Code Postal - Ville Tél. professionnel :

Armée ou direction de rattachement : Air Marine Gendarmerie Terre DGA
 SSA DCNS Autre

⁽¹⁾ Cf note d'information "CAFPRO"

Renseignements concernant la mère de l'enfant

Nom Prénom

Nom jeune fille Nationalité

Adresse :

Code Postal - Ville Tél. domicile

Tél. portable Adresse mail

Date de naissance Lieu Département

Du point de vue des allocations familiales, votre enfant est-il rattaché à la mère ?

- Oui Non Si oui > CAF⁽¹⁾ MSA Autres

Département du prestataire Numéro d'allocataire

Etes-vous bénéficiaire :

- Du revenu de solidarité active (RSA) Oui Non
- De l'allocation d'éducation pour l'enfant Handicapé (AEEH) Oui Non
- De l'allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) Oui Non
- De l'allocation de solidarité spécifique (ASS) Oui Non
- De l'indemnité de stage professionnel Oui Non

Qualité d'appartenance

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense >	<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/> Officier	<input type="checkbox"/> Carrière
	ou >	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sous officier	<input type="checkbox"/> Sous contrat
<input type="checkbox"/> Civil			<input type="checkbox"/> Militaire du rang	<input type="checkbox"/> Elèves des écoles militaires
			<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Réserve -période de service
			<input type="checkbox"/> Catégorie A	<input type="checkbox"/> Contractuel droit privé/public
			<input type="checkbox"/> Catégorie B	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'Etat
			<input type="checkbox"/> Catégorie C	<input type="checkbox"/> Ouvrier professionnel
			<input type="checkbox"/> Autre :	
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) n'ayant pas repris de vie de couple			<input type="checkbox"/> Orphelin
<input type="checkbox"/> Autre ressortissant >	<input type="checkbox"/> Stagiaire de nationalité étrangère			
	<input type="checkbox"/> Ex conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS n'ayant pas repris vie de couple			
	<input type="checkbox"/> Personnel des établissements public sous tutelle du ministère de la Défense :			
<input type="checkbox"/> Non ressortissant défense >	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat, territorial ou hospitalier			<input type="checkbox"/> C D D
	<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> C D I

Situation professionnelle

- Temps complet Temps partiel :%

Employeur Profession: Grade (si
défense)

Adresse professionnelle / Unité

Code Postal - Ville Tél. professionnel

Armée ou direction de rattachement : Air Marine Gendarmerie Terre DGA
 SSA DCNS Autre

Autorisation d'e-mailing

- Je n'autorise pas l'IGeSA à m'adresser toutes prospections directes concernant ses produits et ceux de ses partenaires

(1) Cf note d'information "CAFPRO"

Renseignements concernant l'enfant

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	ou date présumée d'accouchement	<input type="text"/>		
Lieu de naissance	<input type="text"/>	Département	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Votre enfant présente-t-il un handicap ou une maladie chronique ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant fréquente-t-il actuellement un établissement de garde d'enfants défense ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre enfant présent dans l'établissement ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Accueil souhaité

Date d'admission souhaitée	<input type="text"/>	Pour une mutation-date d'affectation	<input type="text"/>
Etablissement(s) demandé(s) :	<input type="text"/>		

Temps d'accueil souhaité

	Matin	Après - Midi	Journée
Lundi	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..
Mardi	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..
Mercredi	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..
Jeudi	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..
Vendredi	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..	De .. h .. à .. h ..

Liste des pièces justificatives à joindre au dossier de demande d'inscription :

- Extrait de naissance de l'enfant ou déclaration de grossesse	
- Copie du dernier bulletin de salaire de chacun des parents	
- Pour les familles non allocataires CAF ou s'opposant à la consultation du service internet CAFPRO ⁽¹⁾ : fournir copie de toutes les pages de l'avis d'imposition N-2 (à défaut les 3 derniers bulletins de salaire) des deux parents	
- Attestation sur l'honneur de parent isolé (cf. annexe)	
- Attestation de sujétions ou contraintes professionnelles (opérations extérieures, personnels hospitaliers en horaires décalés, personnel embarqué, horaires atypiques...)	
- Justificatif de domicile (quittance EDF, eau ... de moins de 3 mois)	
- Attestation de versement de prestations familiales (CAF)	
- Certificat médical attestant du handicap ou de la maladie chronique, si nécessaire	

⁽¹⁾ Cf note d'information page suivante

Tout dossier incomplet sera irrecevable et ne pourra donner lieu à une admission

date limite de dépôt pour le passage en commission : 30 avril

(après cette date, la demande est positionnée sur liste d'attente)

Fait à Le Signature du père Signature de la mère

Liste des pièces justificatives complémentaires à transmettre si l'admission est prononcée :

- Copie complète du livret de famille avec mentions marginales	
- Justificatifs officiels relatifs aux droits de visite et d'hébergement	
- Certificat d'aptitude de l'enfant à la vie en collectivité	
- Copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant (DT Polio obligatoire)	
- RIB	

La loi n°78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a transmis votre demande.